DE

N° 197.

L'APOPLEXIE

OU HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 7 août 1827, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR JEAN-LÉON VIGNERON, d'Angoulême,

Département de la Charente;

Membre titulaire de la Société clinique d'instruction médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Ars medica tota in observationibus.
FRÉD. HOFFMANN.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n° 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER, *Examinateur.*
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Suppléant.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Président.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Examinateur.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs.	Messieurs.
Andral, *Examinateur.*	Gibert.
Arvers, *Examinateur.*	Gerdy.
Baudelocque, *Suppléant.*	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Examinateur.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

Souvenir et regrets!!!

A LA MEILLEURE DES MÈRES.

Témoignage d'amour, d'attachement et de reconnaissance éternelle.

J.-L. VIGNERON.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

A LA MEILLEURE DES MÈRES.

Témoignage d'amour, d'attachement et de reconnaissance éternelle.

J.-L. VIGNERON.

DE

L'APOPLEXIE

OU HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

L'APOPLEXIE, de toutes les maladies du cerveau la plus fréquente comme la plus terrible, à raison de la rapidité avec laquelle elle vient ravir l'existence, a été jusqu'à nos jours méconnue dans sa véritable nature. Cependant, d'après les travaux des auteurs modernes, on ne devrait plus confondre cette affection avec celles de l'encéphale, et la désigner sous un nom qui n'a aucune analogie avec sa nature. Aussi chercherons-nous à lui en substituer un autre; mais auparavant indiquons, d'une manière sommaire et précise, les principales théories qui ont tour à tour régné dans les écoles sur l'essence de l'apoplexie.

Long-temps avant l'étude de l'anatomie, les médecins, n'ayant pour guide dans leurs travaux que leur imagination, se creusèrent l'esprit pour expliquer, d'une manière satisfaisante, la formation de l'apoplexie, et créèrent ces hypothèses qui nous paraissent aujourd'hui si ridicules. C'est ainsi qu'*Arétée* supposait une déperdition instantanée de la chaleur animale; *Galien*, l'applétion subite des ventricules du cerveau par une humeur froide et mélancolique; *Avicenne*,

l'empêchement survenu dans la circulation des esprits sensitifs et moteurs par l'obstruction des vaisseaux ; *Paracelse* alla même jusqu'à supposer trois gouttes de sang suspendues au cerveau, et suivant que la droite, la gauche, ou la centrale venait à tomber sur le cœur, elle produisait la paralysie du côté droit, du côté gauche ou la mort.

A l'époque où l'étude de l'anatomie pathologique commença à ouvrir une carrière nouvelle aux observateurs, on rechercha avec empressement les altérations morbides de l'encéphale ; et comme, pour l'ordinaire, on rencontra des collections de sang et de sérosité dans le crâne des individus atteints d'une mort prompte, on fut naturellement porté à attribuer l'apoplexie à la compression qu'exerçaient ces liquides sur le cerveau : de là la division en *sanguine* et *séreuse*, théorie mécanique qui fut adoptée avec enthousiasme, et presque la seule enseignée dans les écoles. *Morgagni* et *Boerrhave* en furent les plus zélés défenseurs, d'après l'idée qu'ils avaient adoptée de s'attacher plutôt à la qualité du liquide qu'à sa quantité. Ils nommèrent le premier *apoplexie purulente*, et le second *apoplexie urineuse*, les épanchemens dans le crâne, formés par les liquides analogues, par leur couleur ou leur odeur, à du pus ou à de l'urine.

Cependant, comme parfois, à l'examen cadavérique des apoplectiques, on ne trouva rien pour se rendre raison de la mort subite dans ces cas, on créa des apoplexies *nerveuses*, et à la théorie mécanique de *Boerhaave* succéda la doctrine nerveuse et sympathique de *Stalh* et de *Sydenham*. Si des auteurs anciens nous passons aux modernes, nous verrons *M. Montain*, n'ayant égard qu'à la réplétion du système sanguin supérieur, veineux et artériel, ne reconnaître que des apoplexies veineuses et artérielles.

M. *Moulin*, ne considérant que la présence ou l'absence des symptômes fébriles, diviser l'apoplexie en *active* et en *passive*.

M. *Serres*, guidé par le siége des altérations morbides de l'encé-

phale, proclamer deux genres d'apoplexie, *méningée* et *cérébrale*, sousdivisées chacune en cinq espèces.

D'après cet aperçu, qu'il serait inutile de grossir de la nombreuse famille des apoplexies gazeuses et sympathiques, il nous est facile de juger qu'on a fait à tort de l'apoplexie un genre dans lequel on a groupé non-seulement la majeure partie des maladies de [illegible] leurs produits, mais encore plusieurs [illegible] quelques auteurs, et surtout par *Cullen* et *Bosquillon*. Si nous voulons restreindre le domaine de l'apoplexie dans ses véritables limites, et déterminer sa signification d'une manière précise, nous dirons, avec MM. *Richerand*, *Rostan*, *Lallemand* et *Rochoux*, qu'on doit réserver le nom d'*apoplexie* au seul épanchement de sang ou à l'hémorrhagie cérébrale produite spontanément dans l'intérieur du crâne.

Définition.

L'apoplexie est une hémorrhagie cérébrale caractérisée par une altération ou suspension complète, subite et plus ou moins durable des fonctions des sens et des mouvemens volontaires.

Nous ne comprendrons point, sous le nom d'*apoplexie*, les épanchemens sanguins cérébraux qui arrivent à la suite des coups ou des chutes sur la tête; la différence dans la prédisposition, les causes déterminantes, le traitement, l'impossibilité enfin de faire l'histoire simultanée de ces deux variétés d'hémorrhagies cérébrales, nous empêchent de faire cette réunion.

Causes prédisposantes. — Age. Tout âge de la vie y est sujet, mais plus particulièremnt l'âge de soixante à soixante et dix ans, selon MM. *Rochoux* et *Serres*; d'après *Hippocrate*, c'est depuis cinquante à soixante ans. M. *Richerand* attribue cette disposition à ce que le cerveau, par suite du cercle qu'a parcouru l'énergie vitale dans les âges antérieurs, est devenu un centre de fluxion.

Tempérament. On a désigné, sous le nom de *constitution apoplectique*, une tête volumineuse, la face rouge, le cou gros et court, les épaules larges, la poitrine vaste, la taille petite comme prédisposant à l'apoplexie.

« Les individus gros, gras et pléthoriques, dit M. *Portal*, sont « [illegible] disposés à l'apoplexie; la corpulence rend la cir- « flux du sang vers la tête; elle comprime [illegible] et détermine le re- « les rétrécit, et rend ainsi moins facile le retour du sang vers le « cœur, tandis qu'il continue d'être apporté au cerveau par les ca- « rotides et les vertébrales profondément situées et à l'abri de toute « compression; d'où résulte nécessairement une disposition à l'en- « gorgement du sang dans le cerveau. »

M. *Rochoux* prétend, d'après le relevé fait sur un grand nombre d'apoplectiques, que les individus sanguins, d'un embonpoint ordinaire, sont beaucoup plus sujets à l'hémorrhagie cérébrale que ceux qui sont gros, gras et pléthoriques. Il est difficile, dans ce cas-là, d'en donner la raison physiologique.

Sexe. Les deux sexes y paraissent à peu près également exposés : cependant *Quarin* prétend que les hommes y sont plus sujets que les femmes. M. *Serres* est d'une opinion tout à fait opposée : sur quarante-une apoplexies, il en a trouvé trente-trois chez les femmes.

Hérédité. Quoique les personnes nées de parens apoplectiques ne meurent pas toutes de cette maladie, néanmoins elles peuvent avoir reçu en partage une constitution semblable à celle de leurs pères, et alors elles y seront prédisposées.

Professions. Une vie molle et oisive, adonnée à la bonne chère, semble plus y prédisposer qu'une vie active; aussi, dit *Ponsard*, il y a plus de financier apoplectiques que de paysans. Les hommes de lettres, et tous ceux qui irritent leur cerveaux par des travaux fatiguans doivent redouter cette funeste maladie.

Saisons. Hippocrate, Baglivi, Forestier, etc., regardent l'hiver, les temps froids et humides, ceux surtout où il survient des changemens brusques de température, comme prédisposant à l'apoplexie. Cependant M. *Rochoux*, dans ses calculs, n'a pas trouvé de grandes différences dans les quatre saisons.

États morbides. Selon MM. *Chaussier*, *Lallemand* et *Béclard*, la faiblesse originelle des vaisseaux du cerveau, ou les maladies dont ils auraient été affectés, sont des causes prédisposantes à l'apoplexie dans un très-grand nombre de cas.

La maladie des méninges, d'après M. *Récamier;* l'ossification de la membrane interne des artères cérébrales, selon *Hodgson;* l'épilepsie, l'hypochondrie, la manie, d'après *Bayle*, sont autant de causes qui, entretenant une fluxion sanguine dans l'encéphale, peuvent prédisposer à cette affection.

M. *Rostan*, persuadé que le ramollissement du cerveau est une maladie primitive le plus ordinairement, regarde cette altération comme essentielle à la formation de l'épanchement.

Corvisart, et après lui M. *Bricheteau*, ont avancé que l'hypertrophie du ventricule gauche du cœur était une des causes les plus communes de cette maladie. Mais M. *Rochoux*, d'après l'autopsie de quarante-deux apoplectiques, n'en a rencontré que trois atteints d'anévrysme du cœur.

L'irritation de la muqueuse gastro-intestinale peut sympathiquement amener cette maladie. La suppression d'une hémorrhagie habituelle, l'omission d'une saignée dont on a contracté l'habitude, la ligature d'une grosse artère, l'amputation d'un membre, la grossesse, et la disparition subite de toute irritation sont autant de causes prédisposantes.

Causes efficientes. La plupart des causes prédisposantes, en continuant d'agir, peuvent devenir déterminantes, elles sont même presque toujours à la fois prédisposantes et efficientes. De plus, celles-ci auraient

été souvent de nul effet sans prédisposition cérébrale préalable. Néanmoins, il est d'autres causes dont l'action se fait observer au moment même de l'attaque : tels sont, l'indigestion, les excès de liqueurs spiritueuses, le coït chez les vieillards, les affections vives de l'âme, la colère ; l'insolation, suivant *Tissot*, une subite et forte impression du froid, telle fut la cause de la mort du célèbre naturaliste *Daubenton*.

Symptômes. Quoique l'apoplexie débute ordinairement d'une manière brusque, instantanée, on observe quelquefois des symptômes précurseurs, tels qu'étourdissemens, vertiges, tintemens d'oreilles, céphalalgie, penchant au sommeil, une sorte d'état d'ivresse; la diminution de la vue, de l'ouïe, de la mémoire, du jugement; embarras dans la prononciation ; affaiblissement des membres d'un côté du corps, fourmillement, inquiétude, et même légères secousses convulsives. Tout individu qui, placé sous l'influence de l'une ou de plusieurs des causes que nous avons énumérées, éprouve quelques-uns des symptômes ci-dessus, doit craindre une attaque d'apoplexie, et tout faire pour la prévenir. Cependant ils ne sont pas toujours suivis de ce fâcheux résultat ; mais, dans le plus grand nombre de cas, l'apoplexie survient brusquement, et voici les symptômes qui lui sont propres. Le malade tombe sans connaissance, comme s'il eût été foudroyé; tout un côté du corps est en général frappé de paralysie ; la parole est presque toujours impossible ; la moitié de la langue est paralysée, et, lorsque le malade la sort, sa pointe se dirige du côté de l'hémiplégie. La bouche, quelquefois écumeuse, est souvent déviée du côté sain. Les pupilles, tantôt dilatées, tantôt contractées, sont constamment immobiles, et la figure porte un air d'étonnement remarquable. (*Rochoux.*) La perte de connaissance n'est pas toujours complète. La paralysie peut se montrer sous tous les degrés, affecter légèrement un seul organe, d'autres fois produire une hémiplégie, une paraplégie, s'emparer même de tous les muscles volontaires : elle a toujours lieu du côté opposé à l'épanchement.

Morgagni rapporte cependant deux observations contraires. Le trouble du sentiment peut aussi offrir les mêmes degrés de variations, et s'étendre depuis un léger vertige jusqu'à la perte de connaissance. Les autres symptômes sont tirés de l'état de la face, de la respiration, de la circulation et de l'excrétion involontaire des urines. La face est tantôt rouge, pâle, quelquefois d'un jaune-verdâtre; les yeux sont ternes, sans expression; la respiration est presque toujours stertoreuse; les inspirations et les pulsations artérielles ne sont plus dans leur rapport habituel (*Serres*); la respiration, égale des deux côtés, devient ensuite inégale, plus lente du côté paralysé; un des côtés de la joue peut être paralysé; l'air qui sort alors pendant l'expiration, faisant effort contre ce côté, produit un gonflement et un bruit analogue à l'action de fumer la pipe (signe de mauvais augure, selon M. *Landré Beauvais*). Le pouls est ordinairement développé, mais sans fréquence; parfois il est rare, dans quelques cas fréquent; chez quelques-uns, fort, plein et dur; et chez d'autres, petit et faible. Enfin, les urines et les matières fécales sont involontairement excrétées ou retenues. Rappelons ici les trois signes caractéristiques qui se montrent constamment avec une intensité, il est vrai, presque toujours différente : *discordance entre la respiration et la circulation, trouble du sentiment, et paralysie.*

Durée, terminaison et prognostic. Il est certain que la durée de cette maladie sera toujours subordonnée au volume de l'épanchement, à son siége, à l'âge et à l'état du sujet. On ne peut guère fixer, d'après ces considérations, que d'une manière générale la durée qu'elle doit parcourir. L'hémorrhagie est-elle très-légère? la durée pourra n'être que de quelques jours : si elle est incomplète, la guérison sera variable; ainsi un, deux et même trois mois seront nécessaires. Si elle est très-intense ou complete, la mort s'ensuivra presque toujours; dans le cas contraire, la guérison durera six mois ou plus. Les accidens consécutifs pourront persister plusieurs années. On a vu des individus en être affectés toute leur vie. La terminaison par résolution

rend le malade à la santé. Le plus souvent elle laisse des traces de son existence : les membres deviennent ordinairement plus faibles du côté qui a été paralysé ; ils s'atrophient ; un état valétudinaire succède à cette affection ; les malades tombent en démence ; elle peut se terminer par la mort, qui a lieu le plus souvent au bout de quelques heures. On a vu des malades rester plusieurs jours dans un profond assoupissement, et expirer ensuite. Cette terminaison n'est pas la plus fréquente. On est porté à croire, d'après les observations et un relevé de M. *Rochoux*, que les deux tiers des malades survivent. Néanmoins le prognostic d'une pareille maladie est toujours fâcheux : les vaisseaux cérébraux, ayant déjà subi une rupture, ne se trouvent-ils pas dans un état voisin de la récidive, que la moindre cause peut opérer ?

Diagnostic différentiel. Si les symptômes que nous avons énumérés n'appartenaient qu'à l'hémorrhagie cérébrale, il nous serait bien facile de reconnaître cette maladie, et de ne la jamais confondre avec d'autres ; mais, malheureusement pour le médecin, il n'en est pas ainsi, un grand nombre de maladies peuvent la simuler. Et que de reproches n'aurait pas à se faire celui qui se méprendrait sur la nature de cette affection ? Aussi croyons-nous, pour en faciliter l'étude, qu'il est bon de faire ressortir les signes caractéristiques qui peuvent nous faire distinguer l'apoplexie d'un coup de sang, d'un ramollissement, d'une hydrocéphale aiguë du cerveau, d'une arachnitis, d'une encéphalite, de l'hystérie, de l'épilepsie, de la catalepsie, de l'asphyxie, de la syncope, de la léthargie, de l'ivresse, des fièvres intermittentes, soporeuses, épileptiques, convulsives, cataleptiques, syncopales et tétaniques ; d'une hémorrhagie cérébrale par cause externe, et d'une commotion du cerveau, qui sont autant de maladies qu'on pourait confondre avec celle qui nous occupe.

1°. *Congestion sanguine.* Quoiqu'elle débute tout à coup comme l'hémorrhagie cérébrale, et qu'elle donne lieu aux mêmes symptômes,

on l'en distinguera par la promptitude avec laquelle les accidens disparaissent ; car la durée de cette affection n'est ordinairement que momentanée, et même il est rare qu'elle se prolonge au-delà d'un ou deux jours ; tandis que l'apoplexie, quelque faible qu'on la suppose, dure beaucoup plus long-temps. Il est, en effet, impossible qu'un épanchement de sang puisse être absorbé en quarante-huit heures. Il arrive fréquemment que la congestion cérébrale ne détermine aucune paralysie ; ce qui a toujours lieu dans l'apoplexie.

2°. *Ramollissement.* Il diffère de l'hémorrhagie cérébrale par des symptômes précurseurs : ainsi, les individus qui en sont menacés se plaignent d'une céphalalgie fixe et opiniâtre, accompagnée d'engourdissement, de fourmillement, de pesantaur, de contracture, de douleur, de convulsions dans les membres opposés à la douleur ; l'intelligence et les sens s'affaiblissent ; bientôt ces phénomènes augmentent d'intensité, et la paralysie survient. C'est l'inverse de ce qui arrive dans l'apoplexie, puisqu'elle débute d'une manière brusque et instantanée, sans symptômes précurseurs, et que la paralysie se montre aussitôt que l'hémorrhagie a eu lieu. C'est donc ce seul signe qui pourrait la faire confondre avec le ramollissement. Mais rappelons que, lorsqu'il apparaît dans cette maladie, il n'est pas rare de trouver les membres contractés ou affectés de mouvemens spasmodiques, symptômes qui ne se rencontrent point dans l'hémorrhagie cérébrale. Le diagnostic devient cependant très-embarrassant, toutes les fois que le ramollissement précède l'hémorrhagie cérébrale ; on reconnaît bien qu'il existe un ramollissement, mais on ne peut pas affirmer qu'il y ait hémorrhagie. Heureusement la thérapeutique est la même pour ces deux affections.

3°. *L'ydrocéphale aiguë*, dont les principaux caractères sont : la céphalalgie avec mouvement de rotation de la tête presque continuel ; nausées, vomissemens, agitation, inquiétude, cris ; mouvemens convulsifs des yeux, regard fixe ou égaré ; pupille immobile à la lumière,

mais se contractant et se dilatant alternativement d'une manière spontanée; assoupissement, grincemens de dents; légères convulsions de différentes parties du corps. Vers la fin de la maladie, les symptômes augmentent d'intensité, la paralysie survient, mais il existe des convulsions du côté opposé à l'hémiplégie. D'après ces données, il serait bien dificile de confondre l'apoplexie avec l'hydrocéphale. Quand bien même on supposerait que la maladie ait marché si vite que les symptômes précurseurs n'aient pas été observés, on pourra encore distinguer ces deux états maladifs, puisque, dans l'hydrocéphale, il se manifeste des soubresauts des tendons et souvent des mouvemens convulsifs, qui n'ont pas lieu dans l'apoplexie exempte de complications; mais, outre cela, nous avons encore les cris, les douleurs de tête et l'oscillation des pupilles, qui pourraient nous aider à les différencier; d'ailleurs l'apoplexie ne présente jamais des ces exacerbations qu'offre l'hydrocéphale, et il est assez rare de voir une hémorrhagie cérébrale déterminer une paralysie incomplète des deux côtés du corps; de plus, elle arive d'une manière instantanée, tandis qu'elle vient presque toujours d'une manière graduelle dans l'hydrocéphale.

4°. *Arachnitis.* Symptômes généraux, phénomènes fébriles très-prononcés, frisson, chaleur, perte de connaissance, délire furieux; le malade est dans une agitation continuelle, sa figure est convulsée; les membres sont affectés de mouvemens spasmodiques, et l'on remarque des soubresauts des tendons. Quand l'inflammation passe à la suppuration, et qu'il se fait un épanchement de sérosité dans les ventricules, alors l'agitation est remplacée par une somnolence continuelle; les membres se paralysent, la respiration devient stertoreuse, et la mort survient. Il n'y aurait que dans cette dernière période que cette maladie pourrait être confondue avec l'apoplexie; mais la marche et les premiers symptômes sont plus que suffisans pour faire distiguer ces deux affections.

5°. *Encéphalite.* On reconnaîtra que la paralysie qui survient à la fin de cette maladie n'est pas due à une hémorrhagie cérébrale aux

symptômes qui se sont d'abord manifestés, tels que, 1°. des frissons, de la céphalalgie et des engourdissemens; 2°. à la contracture des membres et aux mouvemens convulsifs; 3°. à la variété des symptômes qui peuvent augmenter et diminuer dans la même journée, tandis que l'apoplexie suit une marche lente et régulière.

6°. *L'hystérie.* On distinguera l'apophexie de l'hystérie facilement. L'hystérie est intermittente, l'apoplexie ne l'est jamais; l'hystérie a des symptômes précurseurs, l'apoplexie n'en a pas; l'hystérie détermine des mouvemens spasmodiques ou convulsifs, l'apoplexie n'en détermine pas; enfin, l'hystérie est rarement suivie de paralysie, l'apoplexie en est constamment suivie.

7°. *Épilepsie.* Il est impossible de confondre cette affection avec l'hémorrhagie cérébrale; car, outre les commémoratifs qui peuvent servir à éclairer le diagnostic, on ne remarque jamais dans l'apoplexie cette roideur tétanique et ces convulsions générales qu'on observe dans l'épilepsie, puis c'est une affection intermittente dont les attaques sont dissipées au bout de quelques heures, tandis qu'il faut plusieurs semaines pour voir disparaître tous les symptômes de l'apoplexie.

8°. Dans la *Catalepsie*, le malade conserve la position qu'on imprime à ses membres. C'est le contraire dans l'hémorrhagie cérébrale, les membres sont mous, obéissent aux lois de la pesanteur, et sont quelquefois dans une résolution complète.

9°. Dans l'*Asphyxie*, il y a injection violette de la face, suspension de la respiration et de la circulation, froideur de la peau, résolution des membres, symptômes généraux, et toujours cause spéciale facile à reconnaître; mais le signe caractéristique est l'absence du pouls, qui se fait sentir toujours dans l'apoplexie.

10°. *La syncope* est précédée de malaise; le pouls s'affaiblit; la face devient pâle, se couvre de sueur; la chaleur abandonne les extrémités; l'individu éprouve des vertiges, des tintemens d'oreilles; la circula-

tion et la respiration se ralentissent; il y a résolution des membres. Elle dure peu et ne laisse aucune trace, tandis que l'apoplexie est constamment suivie de paralysie, quoique le malade ait recouvré la connaissance.

11°. La *Léthargie* n'est qu'un carus profond; ce n'est qu'un symptôme de divers affections cérébrales.

12°. L'*ivresse* peut simuler une attaque d'apoplexie; mais, dans ce cas, les commémoratifs, l'odeur de l'haleine, la nature des vomissemens éclairciront le diagnostic : de plus, le malade n'est pas toujours paralysé, et si on tire un poil de la face de l'ivrogne, il donne quelque signe de sensibilité.

13°. Les *fièvres intermittentes pernicieuses* qui pourraient simuler l'apoplexie sont : les soporeuses, les épileptiques, les convulsives, les cataleptiques, les syncopales et les tétaniques. On ne confondra pas les fièvres intermittentes soporeuses avec l'apoplexie, si on se rappelle bien ce que nous avons dit en parlant de la congestion cérébrale, et si l'on fait attention que le malade recouvre tous ses mouvemens aussitôt que l'accès est passé. Les moyens que nous avons indiqués pour distinguer l'apoplexie de l'épilepsie et de l'hystérie suffiront aussi pour faire reconnaître les fièvres intermittentes, épileptiques, convulsives, d'une hémorrhagie cérébrale; et les symptômes de la catalepsie et de la syncope étant également connus, on ne prendra pas pour une apoplexie les fièvres cataleptiques et syncopales. Quant à la fièvre intermittente pernicieuse tétanique, la roideur du corps et les mouvemens convulsifs empêcheront toujours de la confondre avec l'apoplexie.

14°. L'*hémorrhagie cérébrale* par cause externe donne à peu près lieu aux mêmes phénomènes que celle qui survient par cause interne; mais il est ordinairement facile de l'en distinguer : le malade a fait une chute ou a reçu un coup sur la tête, les accidens ne se sont manifestés qu'après l'action de la cause vulnérante, et sont venus graduellement; le cuir chevelu est presque toujours le siége d'une forte

contusion, d'une plaie, il y a même quelquefois enfoncement des os du crâne. Cependant le diagnostic devient embarrassant dans le cas où on pourrait attribuer la chute à une attaque d'apoplexie qui l'a déterminée, ou bien si la chute a donné lieu à l'épanchement.

15°. La *commotion du cerveau* paralyse subitement l'individu qui en est affecté ; elle peut donc aussi être confondue avec l'apoplexie, mais elle ne reconnaît pas les mêmes causes. Elle est encore produite par un coup ou par une chute ; il faut alors s'informer d'une manière toute particulière comment l'accident a eu lieu, et dans quel état se trouvait la personne avant de tomber : la paralysie est ordinairement générale. Si la commotion n'a été que légère, le malade revient à lui, et les accidens disparaissent très-promptement, ce qui n'a pas lieu dans l'apoplexie.

16°. Les *maladies* qui sont dans le cas de se former dans le crâne ; les exostoses, la carie, les dépôts, les fongus développés dans les membranes du cerveau, les hydatides, les tubercules, les acéphalocistes, pourraient, en comprimant cet organe, déterminer les effets qui, au premier instant, simuleraient l'apoplexie ; mais la marche et l'invasion lentes et progressives de ces accidens, les symptômes qui caractérisent ces maladies, sont plus que suffisans pour détruire toute prévention.

Caractères anatomiques. On observe chez les individus qui succombent tout à coup à l'apoplexie un engorgement sanguin des vaisseaux du cuir chevelu et des sinus de la dure-mère ; la pie-mère est souvent injectée, surtout du côté du cerveau, qui est le siége de l'épanchement ; les circonvolutions de cet organe sont déprimées, aplaties, et quelquefois détruites. Lorsqu'on incise la substance cérébrale, on la trouve ordinairement injectée et parsemée de petits points de sang qui se renouvellent quand on les essuie ; sa consistance est en général plutôt augmentée que diminuée ; cependant, lorsque le caillot est très-volumineux, la substance cérébrale qui l'entoure est presque toujours désorganisée. Dans certains points, elle est comme malaxée

avec le fluide épanché ou mêlée avec quelques petits grumeaux de sang; d'autres fois elle n'offre seulement qu'une teinte marbrée.

L'aspect du sang qui se trouve épanché dans la substance cérébrale, toujours du côté du cerveau opposé à la paralysie, diffère suivant l'ancienneté de la maladie. Au bout de trois ou quatre jours, il est noirâtre, en caillots mous; après un mois ou six semaines, la consistance devient graduellement plus considérable, comme le sang que l'on trouve dans les tumeurs anévrysmales. Plus tard, il devient compacte, d'une couleur rouge pâle, tirant sur le jaune d'ocre; enfin il finit par être résorbé, et la caverne qui le contenait se cicatrise. On trouve alors les traces de la cicatrice, consistant dans des brides celluleuses et vasculaires entrecroisées, formant des aréoles, et contenant un liquide ichoreux, roussâtre, plus ou moins abondant, quelquefois épais, jaunâtre et comme gélatineux. Dans quelques cas, les parois de l'ancienne caverne sont seulement rapprochées, mais non réunies, par des brides celluleuses ou vasculaires, et forment des cavités vides de tout liquide.

D'après *Morgagni*, le siége de l'épanchement aurait lieu plus souvent du côté droit que du côté gauche. Selon M. *Rochoux*, les deux côtés seraient également exposés à devenir le siége de l'hémorrhagie; et d'après les relevés de ce savant observateur, sur quarante-un épanchemens observés dans le cerveau, vingt-quatre auraient eu lieu dans le corps strié, tandis que les dix-sept autres se trouveraient répartis dans divers autres points de l'encéphale.

Traitement curatif. En première ligne, on doit placer la saignée; mais elle doit être proportionnée à l'intensité du mal et à la quantité de sang présumée du malade, relativement à ses forces, à sa constitution, à son âge, à son sexe et autres circonstances qu'il faut prendre en considération. En général, il faut que la saignée soit abondante, de trois bonnes palettes, ou de huit onces au moins, si le pouls n'est pas trop faible : il faut observer que le pouls petit, s'il est dur, ne s'oppose pas à la saignée. Ce n'est que lorsqu'il est souple, mou, ondulent.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le lieu d'élection de la saignée, les uns veulent qu'on débute par celle du pied, les autres par celle du bras. *Valsalva* vente la saignée de la jugulaire, comme dégorgeant immédiatement le cerveau; dans ce cas, il faut avoir soin de ne comprimer la veine qu'avec le doigt; et pour arrêter l'écoulement du sang, on fermera l'ouverture avec un emplâtre agglutinatif, afin d'éviter toute compression. Lorsqu'on se détermine pour la saignée du bras, on choisit le côté sain, suivant le précepte d'*Arétée*.

Dans tous les cas, le malade sera couché la tête et le tronc fortement relevés, position plus favorable pour diminuer l'impulsion du sang. On fera succéder aux saignées générales les saignées locales pratiquées autour de la base du crâne, le long des sutures; elles exercent une révulsion qui détourne le mouvement fluxionnaire qui a lieu vers le cerveau, et sont très-propres à prévenir l'inflammation, que la présence du caillot peut déterminer dans la substance cérébrale. Les applications froides sur la tête, les bains de pieds synapisés seront employés en même temps.

Dans le cas de suppression de règles, d'hémorrhoïdes, on mettra des sangsues à la vulve, à l'anus. S'il y avait eu rétrocession de la goutte, disparition subite d'un exanthème, d'une éruption, etc., il faudrait faire ses efforts pour les rappeler dans les parties qui en étaient le siége avant leur disparition.

L'émétique, qui a été conseillé par tant de médecins, surtout lorsque l'apoplexie survenait à la suite d'un repas copieux, ne doit pas être employé, selon *Cullen*, *Tissot*, faisant redouter, par la secousse qu'éprouve le cerveau dans le vomissement, le retour ou l'augmentation de l'hémorrhagie. M. *Portal* dit que si l'émétique n'est pas nuisible, il n'est jamais utile.

Les purgatifs sont nuisibles lorsque l'afflux est dans toute sa force; ils ne peuvent être utiles qu'au déclin de la maladie. Lorsque la sensibilité commence à se rétablir, les sels cathartiques doivent être choisis de préférence, et administrés à haute dose sous forme de lavemens.

On recommandera au malade la diète; on lui donnera des boissons émollientes, acidulées; l'eau de veau, de poulet, qu'on rend peu à peu laxative avec quelque sel neutre. Au déclin de la maladie, lorsque la face n'est point rouge, gonflée, le pouls très-plein, la plupart des praticiens conseillent, si le malade a de la peine à avaler, de lui faire prendre quelques cuillerées à bouche d'une potion diffusible où entre l'éther acétique, l'esprit de *Mindérérus*.

Quand la stupeur a disparu, et qu'il ne reste plus que de l'engourdissement dans les parties paralysées, il faut agir sur elles et les stimuler par des topiques rubéfians, par des vésicatoires, et même par des scarotiques.

Sur la fin de la maladie, on peut prescrire au malade l'usage des eaux de Balaruc, de Barèges, de Bourbonnes-les-Bains, pendant quinze ou vingt jours, selon son état et les effets qu'il en retire, à la dose de deux à trois verres tous les matins.

Le *traitement préservatif* consiste dans l'usage bien entendu des règles de l'hygiène. Ainsi, les individus qui redoutent une attaque d'apoplexie devront habiter un lieu sain, vaste, aéré, dont la température, modérée, sera toujours entretenue à des degrés égaux. La circulation ne devra point être gênée par aucune ligature; les lits, dont les matelats seront de crins ou de balle d'avoine, ne devront pas être placés dans des alcoves. La tête sera élevée, les couvertures légères; on entretiendra par ce moyen une chaleur douce, et on préviendra les congestions vers la tête. Les bains devront être tièdes. Pour exciter les fonctions cutanées, on fera pratiquer des frictions à l'aide de brosses ou de morceaux de flanelle, ce qui entretiendra une dérivation salutaire sur la peau. Le règne végétal fournira en grande partie les alimens; ils seront doux, légers et d'une digestion facile; les liqueurs alcoholiques, le café et tous les excitans doivent être défendus. On devra faire usage de boissons acidules légèrement toniques. Les repas seront légers : il sera prudent de supprimer entièrement celui du soir. « On a remarqué que depuis qu'on agissait ainsi à Paris, les apoplexies y étaient moins fréquentes (*Portal*). » Le ventre sera

toujours tenu libre, les évacuations périodiques devront être soigneusement surveillées, et on devra s'attacher à détruire ce qui pourrait entraver leur marche; et, pour terminer, nous dirons, d'après *Lancisi*, que le meilleur préservatif se trouve dans un régime de vie sagement ordonné, et dans un heureux calme de l'âme que ne troublent ni les succès, ni les revers. »

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem, impossibile; debilem verò, non facile *Sect.* 2, *aph.* 42.

II.

Apoplexiæ accidunt senibus. *Ibid.*, *aph.* 31.

III.

Hyeme verò, pleuritides, peripneumoniæ, lethargi, gravedines, raucedines, tusses, dolores pectorum, et laterum, et capitis dolores, vertigines, apoplexiæ. *Sect.* 3, *aph.* 23.

IV.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

V.

Ubi somnus delirium sedat, bonum. *Sect.* 7, *aph.* 2.

VI.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Sect.* 2, *aph.* 3.